

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

73

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Paul HAMEL

Né le 27 Septembre 1913 à Isigny-sur-Mer (Calvados)

Ancien Interne des Hôpitaux de Seine-et-Oise

**CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA GOUTTE AIGUE**
(Etude clinique des formes atypiques)

Président : M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Paul HAMEL

Né le 27 Septembre 1913 à Isigny-sur-Mer (Calvados)

Ancien Interne des Hôpitaux de Seine-et-Oise

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA GOUTTE AIGUE

(Etude clinique des formes atypiques)

Président : M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

1939

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Rôbert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie Médicale.	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale	N...
	HAZARD
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) .. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) ... Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI ... Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT , Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.

HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale
 LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale
 VANDESCAL Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ...	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLE- RY - RADOT			
SEZARY			
MM.		Clinique obstétricale.	
ECALLE			
METZGER			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Eucation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

le Docteur HERBLINE

A MA GRAND-MERE

A MES PARENTS

A MA SŒUR

En témoignage de mon affection.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Médecin de la Pitié

Professeur d'Histoire de la Médecine

et de la Chirurgie

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommage de notre profonde reconnaissance.*

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE CAEN

Monsieur le Docteur DESBOUIS
Monsieur le Docteur GUIBE
Monsieur le Docteur LECORNU
Monsieur le Docteur CHAPERON
Monsieur le Docteur MAURICE

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur GUILLAIN
Monsieur le Professeur BRINDEAU
Monsieur le Professeur GOUGEROT
Monsieur le Professeur LEMIERRE

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL DE VERSAILLES

Monsieur le Docteur LUTEMBACHER
Monsieur le Docteur FRANÇOIS

I

INTRODUCTION

La crise aiguë de goutte du gros orteil, telle qu'elle fut décrite par Sydenham et par Trousseau, semble devenir de plus en plus rare; par contre, les formes atypiques de la goutte aiguë viennent la remplacer. Ces formes ont donné lieu à de nombreuses discussions quant à leur nature réellement goutteuse et quant à la raison pour laquelle elles sont venues prendre la place de la goutte aiguë typique.

Ces formes atypiques ont été bien étudiées en 1923 par Bezançon, M.-P. Weil et L. de Gennes. Récemment, leur étude a été reprise par L. de Gennes au Congrès de la Goutte de Vittel 1935.

Nous avons eu nous-mêmes l'occasion d'observer un cas de goutte aiguë polyarticulaire, que nous rapporterons plus loin et qui simulait en tous

points une maladie de Bouillaud typique. C'est à propos de ce cas que nous voudrions faire une mise au point de cette question et étudier successivement : les formes atypiques de la goutte aiguë dans ses localisations articulaires, les formes atténuées qui semblent si fréquentes à l'heure actuelle et les raisons qui ont été données pour expliquer cette « dégradation » progressive de la goutte aiguë, enfin la classique « goutte rentrée » et voir dans quelle mesure certaines manifestations viscérales aiguës survenant chez des goutteux peuvent être considérées comme des équivalents de la goutte.

II

a) FORME POLYARTICULAIRE

La forme polyarticulaire de la goutte aiguë était bien connue par les auteurs classiques. Todd et Budd avaient déjà insisté sur cette variété clinique. Trousseau, Garrod puis Lecorché ont publié des exemples nombreux : un sujet est pris brusquement, parfois après un frisson de douleurs multiples. Il est endolori, courbaturé. Bientôt les articulations deviennent le siège de douleurs sourdes, puis violentes, exagérées par le contact des couvertures. Les genoux, le cou-de-pied sont gonflés et distendus par l'hydarthrose. La fièvre s'allume. Il est difficile de ne pas croire à un rhumatisme articulaire aigu, surtout s'il s'agit d'un sujet jeune. Mais il n'y a pas dans les antécédents du malade de souvenir d'accès analogue et la maladie de Bouillaud fait rarement après vingt ans sa première crise. D'autre part, chez notre goutteux, la

maladie reste toujours oligo-articulaire, relativement peu mobile et surtout localisée aux articulations déclives. Elle ne cède pas au salicylate. Enfin l'interrogatoire attentif du malade révèle souvent que, dans une attaque antérieure, la douleur s'est localisée soit exclusivement, soit principalement, au gros orteil. C'est sur ces symptômes et aussi sur l'absence de toute manifestation cardiaque qu'on peut décider qu'il s'agit d'une forme atypique de goutte et non d'une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Lecorché signalait que, pour expliquer ces localisations multiples bien souvent interviennent certaines causes extérieures, telle que le traumatisme ou le froid. C'est ainsi qu'un de nos malades fut pris brusquement d'une crise polyarticulaire à la suite de contusions multiples sans fractures survenues au cours d'un accident d'automobile.

Nous avons eu nous-même l'occasion d'observer un accès de goutte polyarticulaire chez un homme de 40 ans qui venait de sortir de prison. Voici son observation résumée :

OBSERVATION I

Il s'agissait d'un sujet qui venait de subir pendant quinze jours un régime alimentaire des plus stricts (prison) et qui était hospitalisé avec le diagnostic de mala-

die de Bouillaud. Il imposait en effet dès le premier examen, pour un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu. Cependant, il s'agissait d'un homme de 40 ans, n'ayant jamais eu d'atteinte rhumatismale, ayant un cœur en parfait état. Sa température oscillait entre 37°8 et 38°2. Le salicylate de soude administré pendant plusieurs jours de suite à doses suffisamment élevées resta sans action. Le diagnostic restait imprécis, le malade se plaignant toujours de ses articulations qui étaient gonflées et douloureuses (surtout les genoux et les chevilles) lorsque, quinze jours après le début de sa maladie, alors que le malade était encore à un régime relativement réduit, survint une crise de goutte typique du gros orteil. La colchique administrée à ce moment-là amena une disparition complète et définitive de ses douleurs articulaires.

Cette observation vient confirmer l'opinion de nombreux auteurs (Lecorché, puis récemment M. P. Weil) selon laquelle une crise de goutte ne survient pas *forcément* après des repas plantureux ou des excès de boisson, mais le froid, les privations (notre malade sortait de prison) peuvent également être à l'origine d'une crise aiguë. Notons enfin que notre malade était atteint de goutte atypique qui simulait à s'y méprendre une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Dans d'autres cas, comme ceux décrits par MM. Bezançon, L. de Gennes et M. P. Weil, le tableau clinique simule entièrement celui d'un *pseudo rhumatisme infectieux*. Dans ce cas, le

début est brusqué par une élévation thermique brutale, des frissons intenses, de la céphalée. Rapidement s'installe un rhumatisme généralisé. Les articulations sont tuméfiées, chaudes, rouges et douloureuses. On peut être amené à discuter l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

L. de Gennes insiste cependant sur deux symptômes qui doivent attirer l'attention et évoquer le diagnostic de goutte. C'est d'une part l'importance de l'œdème, d'autre part et surtout, le degré de distension veineuse. Ce symptôme, sur lequel Widal insistait déjà, apparaît de façon quasi constante, peut précéder la fluxion articulaire et lui survit presque toujours. « Tout se passe comme si le réseau veineux voisin du siège de l'accès était brusquement frappé d'atonie et d'insuffisance valvulaires. » Si l'on met le pied en position élevée, ce réseau se vide instantanément et sa turgescence disparaît pour se reproduire aussitôt dès que le membre est à nouveau en position horizontale ou déclive.

Ces deux signes, joints à la connaissance des antécédents du malade (souvent hérédité goutteuse) permettront de faire le diagnostic dans les formes qui simulent un pseudo rhumatisme infectieux.



Parfois la goutte articulaire aiguë reste localisée à une seule articulation et fait redouter l'existence d'une *arthrite suppurée*, mais la ponction exploratrice ramène seulement un liquide citrin aseptique contenant de nombreux leucocytes polynucléaires. Dans toutes ces formes de goutte polyarticulaire l'accès dure d'autant plus longtemps qu'il y a plus d'articulations envahies. Par contre, la douleur est d'autant plus violente que l'attaque est plus brusquée et concentrée à une seule jointure et il est rare de voir se diffuser aux grandes articulations des douleurs aussi vives que celles qui atteignent le gros orteil ou les autres doigts du pied.

L'intensité de la douleur est d'ailleurs variable selon les sujets et selon les périodes de la goutte. Au fur et à mesure que la maladie avance, les accès deviennent de moins en moins violents mais de plus en plus prolongés, frappent de nouvelles jointures et « petit à petit s'établit alors un état subaigu qui conduit insensiblement les malades à la goutte torpide chronique ». (L. de Gennes.)

OBSERVATION II

M. P. Weil, Forme pseudo-infectieuses de l'arthrite goutteuse). *La Médecine*, 1923, p. 773.

Homme de 38 ans qui, après deux années d'excès alimentaires, est pris brusquement de vives douleurs à l'épaule gauche avec frissons et fièvre, puis d'une douleur atroce dans le genou droit. Au bout d'un mois, le malade entre à l'hôpital; la température est de 38°5, le genou douloureux, globuleux, immobilisé en demi-flexion. La face antéro-interne présente une rougeur diffuse, pseudo-phlegmonneuse sous laquelle se dessine une circulation collatérale assez nette. La palpation est très douloureuse, surtout en un point précis au niveau de la tubérosité du tibia. La ponction retire un liquide visqueux, louche, où les polynucléaires sont dans la proportion de 65%. L'allure de la maladie, l'inefficacité des grosses doses de salicylate de soude font éliminer le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu; l'étude des antécédents celui de rhumatisme blennorragique. L'existence du point douloureux fait porter, par un chirurgien appelé, le diagnostic d'arthrite tuberculeuse et discuter l'opportunité d'une intervention chirurgicale. Mais l'aspect rouge, l'œdème pseudo-phlébitique, l'absence de constatations radiologiques anormales font penser à la possibilité de la goutte. Nous prescrivons la teinture de colchique et, sous son influence, nous assistons à la guérison presque instantanée du malade.

b) FORME PHLÉBITIQUE

On connaît la constance de l'atteinte veineuse au cours de l'accès goutteux. Cette dilatation peut, dans certains cas, être véritablement prodigieuse

(Scudamore) et remonter du dos du pied jusqu'à la jambe et la partie moyenne de la cuisse. Dans certains cas, l'état phlébitique se passe de tout phénomène articulaire, survient isolément et paraît résumer toute l'attaque de goutte. Le diagnostic d'origine d'une telle phlébite est souvent malaisé. Elle se distingue classiquement par l'intensité de la périphlébite, le caractère soudain et douloureux de l'accident veineux, sa nature mobile procédant par poussées successives touchant surtout les veines superficielles, envahissant rapidement un segment limité d'une veine et ne s'y fixant pas pour longtemps. Il est fréquent de la voir passer de la saphène droite à la saphène gauche qu'elle attaque en des points symétriques. La veine atteinte se caractérise par la présence d'un cordon induré, très sensible qui dessine sous les téguments une traînée rouge violacée. Ces phlébites goutteuses sont essentiellement récidivantes, les récidives se faisant en général sur le segment veineux primitivement frappé. Paget cite des cas où il a vu jusqu'à quatre fois la phlébite revenir sur la même veine.

Le diagnostic de ces phlébites se base presque toujours sur les antécédents personnels et héréditaires du malade. On a constaté qu'il existe une véritable hérédité qui transmet non seulement la

diathèse goutteuse, mais également cette tendance de localisation veineuse.

Ces phlébites, qui peuvent constituer un accident isolé de la goutte, guérissent presque toujours sans complications et les embolies y sont exceptionnelles.

c) FORME PSEUDO-PHLEGMONNEUSE

Caractérisée surtout par un œdème considérable, cette forme se manifeste par l'apparition brutale d'une tuméfaction rouge et chaude simulant un abcès diffus ou un véritable flegmon qui peut siéger en un point quelconque de la jambe, parfois loin de toute articulation.

OBSERVATION III (L. de Gennes)

Un de nos malades, cocher, âgé de 56 ans, entre dans le service de l'Hôpital Boucicaut pour une inflammation douloureuse du pied droit, accompagnée d'une rougeur intense et d'une douleur vive survenant spontanément et exacerbée par la palpation. Le malade éprouve d'autre part une sensation de pulsativité locale qui semble indiquer la formation du pus. Et, de fait, la palpation bimanuelle donne une impression nette de fluctuation, les ganglions de l'aine sont turgescents et douloureux. Mais cet homme dit avoir eu depuis quinze ans des crises de goutte du gros orteil et le traitement par le colchique le guérit en trois jours.

OBSERVATION IV (D. M., *Presse Médicale*, 30 déc. 1922)

Durant l'hiver de 1891, aux environs de Noël, un patient est amené le soir à Lariboisière avec le diagnostic de phlegmon du pied droit. Il est examiné et admis comme tel par l'interne de garde, qui fait un pansement humide. Il entre à ce titre dans le Service de chirurgie de notre regretté maître, le Professeur X..., où nous faisons à cette époque notre première année de médecine. Le lendemain matin, il est examiné par le chef de service.

Le patient est un homme d'une cinquantaine d'années, cocher de fiacre, éthylique évident, couperosé et obèse et dont il est difficile d'obtenir des renseignements précis. On en tire seulement qu'il est souffrant depuis deux-trois jours, qu'il souffre beaucoup du pied malade, où il ressent des élancements intolérables. Il a énormément souffert la nuit, à ce point que l'infirmière de garde a pris sur elle de pratiquer une piqûre de morphine. Il souffre encore, toutefois de façon plus supportable, ce que nous attribuons à la piqûre de morphine de la nuit. La température est modérée ($38^{\circ}2$), le pouls plein et fort à 92. Le malade a uriné un demi-litre environ d'une urine très colorée ne renfermant ni sucre ni albumine.

Le pansement est défait et laisse voir un pied tuméfié au centre, « pelure d'oignon » à la périphérie, la peau tendue, lisse, luisante, rouge, œdématisée, mais d'une infiltration quasiélastique, fluxionnaire.

Le moindre contact est très douloureux. La pression est intolérable, surtout dans la région du gros orteil, où la tuméfaction est manifestement à son maximum. Le professeur X. l'explore avec soin, y perçoit même une fluctuation qui lui paraît nette, qu'il nous fait constater; il en conclut à la formation d'un phlegmon périarticulaire avec collection, prend le bistouri, incise franchement et tombe sur un topus.

Il s'agissait manifestement d'un accès de goutte aiguë. D'ailleurs, le patient, réveillé par cette intervention énergique, se décide à causer, entre dans la voie des aveux et nous confie alors que, ancien notaire déchu et remonté sur le siège, il a déjà eu maints accès de ce genre, qui se sont toujours résolus spontanément avec quelques jours de lit et quelques litres de tisane.

d) FORMES PSEUDO-TUBERCULEUSES

Egalement très intéressantes parmi les formes atypiques de la goutte aiguë, sont les formes pseudo-tuberculeuses.

Chez plusieurs gouteux anciens on trouve dans les antécédents des poussées d'hydarthrose dont la nature demeure mal précisée jusqu'au jour, dit M. P. Weil, où la « maladie jette le voile ». Cet auteur signale le cas d'un malade qui est pris au niveau du genou droit d'une hydarthrose volumineuse, relativement peu douloureuse, mais qui le force à s'aliter. Elle persiste quatre mois puis rétro-cède, tandis qu'une hydarthrose semblable se développe dans l'autre genou. Leur nature ne fut établie qu'un an après, quand survint inopinément une crise absolument typique de goutte aiguë du gros orteil.

L. de Gennes a également observé, chez un homme de quarante ans, une hydarthrose récidivante dont le seul caractère distinctif était l'anor-

male distension du réseau veineux voisin et qui céda en quelques jours au traitement d'épreuve par la colchique. Une ponction exploratrice pratiquée, montra l'existence d'un liquide citrin aseptique peu riche en fibrine, peuplé de lymphocytes. L. Binet avait déjà signalé combien l'aspect et les réactions du liquide retiré par ponction de ces arthrites goutteuses se rapprochent de ceux qu'on observe au cours des arthrites sériques. Ces hydarthroses goutteuses ressemblent cliniquement beaucoup à ces formés que F. Bezançon avait décrites sous le nom d'arthropathies protéïniques et qui posent le problème des rapports entre les manifestations de la goutte et les maladies par sensibilisation.

✱
✱✱

Dans certains cas, après une phase aiguë, écourtée, l'arthrite se refroidit et l'articulation prend l'aspect d'une véritable tumeur blanche. Voici une observation d'arthrite goutteuse pseudo-tuberculeuse :

OBSERVATION V. (M.-P. Weil, *La Médecine*, 1923, p. 774)

Un homme âgé de 39 ans est pris brusquement d'une vive douleur de la cheville droite; l'articulation tibio-tarsienne est globuleuse, les téguments violacés et livides, un léger œdème rosé occupe le dos du pied. A 2 cm. au-des-

sous de la malléole interne, les téguments sont amincis, la peau surélevée fluctuante, donnant l'impression d'une collection de nature tuberculeuse prête à s'ouvrir. Une ponction pratiquée avec ménagement ne ramène que quelques gouttes de sérosité sanglante. L'articulation donne la sensation d'un empâtement profond et dur; il existe un point douloureux très net à l'extrémité de la malléole interne. Tout fait penser à une arthrite tuberculeuse. Mais la radiographie montre le squelette indemne de lésion et d'œdème. L'hypersthésie cutanée, une légère circulation collatérale font soulever l'hypothèse de goutte. On tente l'épreuve du traitement. Dès le troisième jour, la douleur disparaît, le gonflement s'affaisse, les téguments palissent. On administre ensuite de la teinture de colchique à la dose de 40 gouttes par jour. L'amélioration se poursuit avec une surprenante rapidité. Au bout de sept jours, on cesse le traitement. Il ne persiste plus qu'un peu de gêne à la marche et un léger gonflement péri-malléolaire.

Après quinze jours, le malade sort de l'hôpital, définitivement guéri.

III

LA GOUTTE TENDINEUSE

Les localisations habituelles de la goutte tendineuse sont, d'après Henri Paillard, par ordre de fréquence :

- le tendon d'Achille,
- les tendons extenseurs des doigts,
- les tendons fléchisseurs des doigts,
- les tendons fléchisseurs des orteils.

La goutte du tendon d'Achille se manifeste par des incrustations permanentes du tendon sur lequel surviennent ou non des crises douloureuses. La lésion goutteuse du tendon d'Achille peut être unie ou bilatérale et se caractérise par une tuméfaction et un endolorissement du tendon.

L'examen montre un élargissement du tendon, avec, visible surtout de profil, une saillie impor-

tante. La palpation révèle un épaississement du tendon, qui est le siège d'un vaste tophus fusiforme. Souvent il existe de la péritendinite avec infiltration du tissu cellulaire environnant mais la masse tophotendineuse reste mobilisable dans le sens latéral et n'adhère pas à la profondeur.

La sensibilité de cette lésion est variable d'un malade à l'autre et même d'une semaine à l'autre.

Au point de vue fonctionnel, la douleur spontanée n'existe guère qu'au moment de la crise goutteuse mais peut précéder et suivre notablement cette crise; il peut parfois persister une douleur permanente pendant plusieurs semaines. La gêne dans le port des chaussures est également fréquente, de même que la gêne dans la marche ordinaire. Paillard et Durel signalent deux cas de goutte aiguë sur le tendon d'Achille : une fois la crise a coexisté avec une atteinte typique du gros orteil du même côté; une autre fois, la crise a été absolument isolée.

Goutte des tendons extenseurs des doigts. Se manifeste par un épaississement fusiforme ou moniliforme des tendons extenseurs au dos de la main. Ces tophi n'adhèrent en général pas au gril métacarpien et l'extension des doigts est bien conservée.

Goutte des tendons fléchisseurs des doigts. C'est la maladie de Dupuytren, rétraction de l'aponé-

vrose palmaire, dans ses rapports avec la goutte. Paillard signale que sur 21 cas de maladie de Dupuytren observés à Vittel en 17 ans, 7 évoluaient chez des goutteux francs; dans 9 autres cas on trouvait de l'hyperuricémie et de l'hypercholestérolémie. Il n'y a aucun test histologique pour prouver la nature goutteuse de la maladie de Dupuytren.

Goutte de la plante du pied. Il existe un seul cas de tophus plantaire bilatéral des dimensions d'un gros œuf de pigeon.

Enfin, on doit noter que les tophi tendineux sont peu ankylosants et qu'ils s'ulcèrent beaucoup moins que les tophi des parties molles. Ils ont généralement une évolution lente.

Le traitement de la goutte tendineuse comporte, outre le traitement classique de la goutte (régime, cure de désintoxication, cure de diurèse), un moyen sur lequel il convient d'insister : si le massage et l'hydrothérapie percutante peuvent engendrer des crises, les bains de lumière et les bains de chaleur électrique semblent donner des résultats intéressants. Ce traitement amène souvent une sédation notable, mais c'est, naturellement, un traitement adjuvant qui ne doit, en aucune façon, faire négliger le traitement général.

OBSERVATION VI (Paillard, in thèse de Durel)

G..., 58 ans. Hépatique, hémorroïdaire, goutteux.

Le foie est l'organe qui attire l'attention depuis de longues années; le père était lithiasique biliaire; ici il n'y a aucune crise de colique hépatique, mais la vésicule est souvent grosse et sensible; le bord inférieur du foie dépasse le rebord costal de un à deux travers de doigt. Il existe une constipation habituelle, toujours améliorée par les cholagogues doux. La cholestérine sanguine n'a pas été dosée, mais il existe un cercle cholestérinique oculaire très net.

Sans doute sous l'influence de la congestion hépatique y a-t-il eu à plusieurs reprises des poussées hémorroïdaires avec douleurs et saignements; le saignement répété a même provoqué un certain degré d'anémie. On a pratiqué plusieurs injections sclérosantes, puis une dilatation anale.

Il existe depuis plusieurs années des douleurs à type goutteux, prédominant dans la région du pied, du calcanéum et surtout du tendon d'Achille.

Les deux tendons d'Achille sont très nettement épaissis et très sensibles à la palpation; le malade porte des chaussures basses et ne peut supporter aucune constriction sur cette région. Les tendons sont élargis d'une façon fusiforme régulière et à peu près symétrique. Les calcanéums ne sont pas douloureux. Pas de déformation des articulations des pieds.

Aucune autre localisation tendineuse. Deux tophi auriculaires discrets. Les tuméfactions achilléennes ont été à deux reprises le siège des poussées fluxionnaires qui sont certainement des crises de goutte; la première n'a pas été identifiée; la deuxième a guéri par le traitement usuel de l'accès de goutte. Tension artérielle 15-8; urines : ni albumine, ni sucre,

Le malade, observé pendant trois ans à Vittel, a fait usage de la Grande Source et de la Source Hepar, et a pris des bains locaux de lumière bleue des deux pieds, en insistant sur la région du tendon d'Achille. Il a retiré un très gros bénéfice de ses trois cures, tant au point de vue goutteux qu'hépatique. Les tendons d'Achille ont partiellement dégonflé et sont devenus à peu près insensibles; la marche est beaucoup plus aisée. Le foie s'est décongestionné et la sensibilité vésiculaire s'est atténuée.

OBSERVATION VII. (Paillard, in thèse Durel)

A. C..., 62 ans.

Le début des accidents goutteux remonte à plus de trente ans; les crises se sont déroulées à intervalles variables mais sans longue rémission; elles ont intéressé surtout les pieds, les genoux, les poignets, les coudes.

Les déformations tophiques se sont développées progressivement.

Pieds. — Les deux gros orteils sont tuméfiés chroniquement et présentent une semi-ankylose de l'articulation métatarso-phalangienne; le tarse est épaissi; les deux tendons d'Achille sont infiltrés par des dépôts tophacés faisant une saillie à l'extérieur; ces tendons sont nettement indurés, ont perdu toute souplesse, sont peu mobilisables dans le sens latéral; il y a une forte péri-tendinite en même temps qu'une tendinite. L'insertion même du tendon d'Achille sur le calcanéum n'est pas douloureuse à la palpation; l'infiltration tophique située au-dessus est sensible à la palpation forte.

En raison des lésions de l'avant-pied, et sans doute aussi en raison de l'infiltration des tendons d'Achille, il est absolument impossible au malade de se tenir sur la pointe des pieds et à plus forte raison de marcher dans cette at-

titude. La marche régulière est peu gênée; la perméabilité des artères des membres inférieurs à l'oscillomètre de Pachon est normale.

Genoux. — Tuméfaction du genou droit.

Coudes. — Gros tophi olécraniens.

Examen général. — Satisfaisant. Tension : 15-9. Urée sanguine normale. Uricémie : 0 gr. 084.

Le malade a suivi une cure régulière de Vittel.

Action favorable des bains locaux de lumière bleue.

DIAGNOSTIC

Sur quel signe se basera-t-on dans toutes ces formes atypiques pour établir le diagnostic de goutte?

Les deux meilleurs arguments de diagnostic seront encore des arguments d'ordre clinique :

la crise du gros orteil,
la constatation de tophus.

La crise du gros orteil se retrouve dans presque toutes les observations. Si elle n'est pas toujours typique, un interrogatoire serré permet toujours de retrouver dans les antécédents une douleur plus ou moins violente du gros orteil, mais le plus souvent suffisante pour avoir attiré l'attention du malade.

Le tophus se retrouve certes dans les formes déjà anciennes ou chroniques de la maladie, mais manque souvent dans les formes récentes. Quand il existe, sa valeur est certes, absolue.

D'autres caractères encore sont à noter en faveur du diagnostic de goutte : l'intensité et le développement rapide des phénomènes fluxionnaires, l'absence de toute cause infectieuse apparente, l'importance considérable de la note œdémateuse, la participation fréquente du système veineux, le bon état général du malade contrastant avec l'intensité des symptômes locaux.

L'étude de la formule hëmo-leucocytaire reste habituellement sans valeur. Elle montre souvent une poussée de leucocytose discrète à majorité polynucléaire au cours de l'accès. Ce chiffre modéré peut cependant, dans les formes à type pseudo-phlegmonneux, écarter l'idée d'une suppuration.

Enfin, l'hyperuricémie reste un bon signe, mais sous certaines réserves. En effet, M. P. Weil et Guillaumin ont montré que d'une part elle pouvait être normale ou presque chez des goutteux avérés, et que d'autre part une uricémie élevée chez un insuffisant rénal est toujours d'interprétation délicate.

Somme toute, « le dernier mot, dit L. de Gennes, reste à la clinique; la preuve de la nature goutteuse de telle ou telle manifestation insolite sera en dernier ressort fournie par le traitement. Peu de médicaments usités en art médical ont une spécificité aussi rapide, aussi impressionnante que le

colchique sur la crise aiguë de goutte, son influence sur les formes anormales, au même titre que sur la crise typique est à bon droit un argument de premier ordre pour le rapprochement qu'on peut établir entre ces différentes formes ».

IV

FORMES ATTENUÉES

Les formes atténuées de la goutte aiguë sont à l'heure actuelle plus fréquentes peut-être que la grande crise classique, telle qu'elle fut décrite par Sydenham avec son début brusque, l'horaire précis de la douleur, sa localisation au gros orteil, son intensité, son amendement rapide.

En effet, très souvent le début est insidieux, le malade n'est même pas réveillé par son accès et ne se rend compte de sa réalité que le matin en mettant le pied à terre. Parfois, tout l'accès se résume à une simple gêne de la marche accompagnée d'un léger gonflement de l'avant-pied ou des articulations du gros orteil. Le malade croit à une entorse ou accuse l'étroitesse de la chaussure. C'est quelquefois seulement sur le prurit ou la fine

desquamation locale qui suivent la crise qu'on fait le diagnostic d'origine de tels accès. Souvent d'ailleurs, la goutte asthénique a plus que toute autre forme, tendance à quitter l'articulation élective pour se localiser d'emblée à la tibio-tarsienne ou au genou.

*
**

Voici d'abord une observation, publiée par Mousseaux au Congrès de la Goutte de Vittel 1935 et qui illustre assez bien les aspects cliniques de la goutte « moderne ».

OBSERVATION VIII

Une jeune femme de 26 ans, que je connais d'ailleurs depuis longtemps, et qui n'était ici que de passage, me conta dernièrement, et tout à fait incidemment, que depuis près de deux mois elle souffre d'un rhumatisme léger mais tenace dans le gros orteil gauche et que ce rhumatisme a même donné lieu pendant quelques jours à d'autres poussées passagères et maintenant disparues vers la malléole externe et vers la tête du péroné. A l'examen, la région de l'articulation métatarso-phalangienne est à peine gonflée et rosée, la tête du métatarsien est saillante mais peu douloureuse et la douleur n'apparaît qu'à la mobilisation de l'articulation; néanmoins elle gêne et limite la marche, elle arrête les sports dont cette jeune femme est coutumière. Et cependant l'état général est resté excellent, il n'a trace d'aucune infection ancienne ou récente, ni

même génitale ou dentaire. Quant à l'hygiène alimentaire, elle est parfaite, jamais cette jeune femme ne prend de liqueurs, de cocktails; elle ne fait usage de vin qu'à titre exceptionnel, elle ne dépasse pas chaque jour 60 à 80 gr. de viande, 150 à 200 gr. de pain et cela depuis de longues années, et cependant, malgré tous les traitements, l'immobilisation partielle, les révulsifs, les sédatifs, l'hydrothérapie locale chaude ou froide, la médication analgésiante ou salicylée, aucun soulagement n'a été obtenu. Pour moi, et sans que ce soit l'effet d'une auto-suggestion de spécialiste, je pense tout de suite à la goutte; je ne formule cependant mon diagnostic qu'à regret, en dehors de toute cause, de l'état constitutionnel me basant simplement sur l'allure clinique de la manifestation articulaire; et la thérapeutique me donne raison car après cinq ou six jours de médication élective par le colchique, la guérison totale a été obtenue avec détente très nette dès le premier jour. Rétrospectivement j'apprends que cette jeune femme avait été peu de temps auparavant assez fatiguée sans raison plausible, sauf peut-être une période de grandes chaleurs, et qu'un confrère lui avait fait ingérer une nouvelle préparation d'extrait de foie frais qu'il venait de recevoir comme échantillon; le résultat général avait été excellent et cependant c'est une huitaine de jours après que la poussée articulaire était survenue.

*
**

Des observations analogues se retrouvent assez nombreuses dans la littérature et Bouloumié en 1910 signalait déjà la disparition progressive de l'accès de goutte aiguë. Mousseaux, de Vittel écrit également en 1935; « Nous ne voyons plus qu'ex-

ceptionnellement les violents accès d'autrefois, dont les plus âgés d'entre nous ont encore été témoins, les crises suraiguës où l'aspect pseudo-phlegmonneux du gros orteil semblait inviter à l'incision le praticien peu expérimenté; c'étaient les crises aiguës de goutte floride survenant chez des sujets obèses ou demi-obèses, grands mangeurs, grands buveurs, riches de santé apparente, au faciès coloré et vultueux et chez qui la pléthore digestive surpassait les combustions organiques. »

Quelle est la raison de la disparition des grandes crises aiguës de goutte? Jacques Sédillot d'une part, A. Mousseaux d'autre part, ont étudié cette question. Nous envisagerons successivement leurs deux opinions.

Jacques Sédillot classe les manifestations de l'arthritisme en trois catégories :

- 1) Les idiosyncrasies ectodermiques : eczéma, prurigo, urticaire, qui sont d'apparition extrêmement précoce au cours de la vie.
- 2) Les idiosyncrasies endodermiques, telles l'asthme.
- 3) Les idiosyncrasies mésodermiques : lumbago, goutte, qui sont toujours d'apparition tardive au cours de la vie.

Pour Sédillot, les enfants d'arthritiques naissent avec une si forte imprégnation de la diathèse goutteuse, qu'ils ne peuvent plus attendre l'âge adulte pour faire, comme leur père, leur première manifestation d'arthritisme sous forme d'un accès de goutte aiguë. Dès les premières années, dès les premiers mois de leur vie, ces enfants sont obligés de faire une des manifestations précoces ecto ou endodermiques de la diathèse, eczéma ou asthme. Pour cet auteur, un sujet qui dans l'enfance a été un eczémateux ou un asthmatique, ne devient jamais un goutteux.

Voyons maintenant la deuxième hypothèse, celle d'A. Mousseaux. « Les plantureux repas de jadis, écrit-il, générateurs d'accès suraigus popularisés par l'image et la caricature, n'existent plus. Ils ont fait place peu à peu à une diététique plus modeste, où la ration de viande est très diminuée, soit par hygiène, soit par nécessité économique. Parallèlement, la fréquence et l'acuité des manifestations goutteuses se sont atténuées; moins de sujets créent maintenant une lignée de goutteux. »

La goutte classique n'est plus guère l'apanage que de certaines professions telles que les cuisiniers, les traiteurs, les liquoristes, les distillateurs, les commerçants en denrées alimentaires,

*
**

En conclusion de ces constatations, on peut dire que si le grand accès classique de goutte est en voie de disparition, si la goutte elle-même est en voie de régression, il existe de nombreuses formes atténuées et atypiques. Ces formes doivent être bien connues car elles peuvent être la source d'erreurs de diagnostic alors qu'une thérapeutique spécifique peut donner un résultat aussi miraculeux que dans la grande crise classique.

Nous verrons plus loin sur quels éléments sera basé le diagnostic dans ces formes atypiques, dégradées, frustes.

*
**

LA GOUTTE ABATARDIE

Il nous a semblé intéressant de faire entrer dans ce même chapitre une forme évolutive de la goutte : la goutte abatardie. La goutte, pour évoluer normalement et vigoureusement, exige une santé générale floride (Critzman). La réaction à la crise goutteuse doit être violente. Dès que celle-là s'atténue (et généralement pour des raisons diététiques) la goutte batârde s'établit avec un cortège de mise-

res incurables. Les crises aiguës cessent de provoquer des réactions violentes. L'articulation métatarsophalangienne est à peine effleurée; la peau est rosée au lieu de rouge vif vernissé, le pied peut être mis par terre sans qu'il devienne violacé avec des veines distendues. L'œdème périarticulaire et la localisation médio-tarsienne sont inexistantes dans cette forme bâtarde. Le pied est blanc, infiltré; les parties molles sont distendues par un liquide que l'on retrouve presque toujours dans la cavité articulaire et en quantité notable. La douleur spontanée ou provoquée est supportable.

L'atonie générale et l'inappétence profonde caractérisent cet état. Mais la crise dure, les symptômes traînent, le retour à la santé ne se fait plus. Le malade maigrit cependant que les articulations atteintes continuent à être douloureuses, tendues, avec impotence fonctionnelle. La rémission de ces accidents est progressive mais jamais complète. Les crises sont moins espacées, elles perdent de plus en plus de leurs caractères, parfois elles avortent.

Pour leur rendre leur énergie relative, il faut que le malade ait traumatisé ses articulations par une longue marche ou qu'il se soit départi de sa frugalité imposée; les articulations deviennent douloureuses, la peau rougit, les nuits sont mauvai-

ses, puis d'un coup, l'acuité tombe, l'œdème péri-articulaire s'éternise et la crise traîne en longueur désespérante.

Arrivée à ce degré, la goutte ne se manifeste plus par crises. Elle est installée avec des alternatives plus ou moins douloureuses, plus ou moins gênantes. L'homme est courbé, les articulations nouées, les muscles contracturés et les membres supérieurs et inférieurs prennent des aspects bizarres : le malade traîne son corps en le déplaçant douloureusement à l'aide de béquilles. Les tophi partant des voisinages des petites articulations envahissent différentes autres régions. Ces infirmités articulaires des membres restent compatibles un certain temps avec un état général relativement bon. Celui-ci ne tarde cependant à être compromis et la goutte viscérale vient assombrir le présent et l'avenir du malade.

GOUTTE VISCERALE AIGUE

Que faut-il penser des « métastases goutteuses » des auteurs classiques, des accidents viscéraux résultant du transport d'une « humeur peccante », d'une articulation ou d'un organe à l'autre, sur lesquels Murgrave, Guilbert, Rendu, insistaient dans leurs travaux? Il semble, pour les auteurs modernes et d'après les conclusions du Congrès de Vittel de 1935 que « bien des points de l'histoire de la goutte viscérale appartiennent à la légende ». « Il n'y a pas à la vérité de goutte viscérale aiguë, dit L. de Gennes; il y a des lésions d'organes, graves, chroniques, anatomiquement décelables et sur lesquelles le retentissement fonctionnel des phénomènes fluxionnaires de la goutte peut déclencher des accidents aigus. » Mais ce même auteur, dit par

ailleurs qu'il faut se garder d'un scepticisme trop absolu et qu'il existe chez les goutteux des faits réellement troublants, tels par exemple, la disparition d'une colite ancienne ou de troubles dyspeptiques lors du premier accès de goutte ou encore une crise d'angine de poitrine dont l'avènement semble en rapport avec un accès goutteux.

Nous envisagerons successivement les manifestations cardio-vasculaires et nerveuses des goutteux et nous allons voir dans quelle mesure, certaines d'entre elles peuvent encore être considérées comme les équivalents d'un accès de goutte.

A) MANIFESTATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Signalons seulement les palpitations, accident banal et contemporain en général de la crise de goutte aiguë, de même que des troubles du rythme, isolés ou associés à l'insuffisance cardiaque; mais nous étudierons surtout d'une part l'angine de poitrine, d'autre part les accidents d'hypertension artérielle.

Le syndrome angineux comme phénomène goutteux, a été mis en évidence par Elsner dès 1778; la goutte remontée au cœur, les métastases goutteuses avec crises métatarsiennes avortées ont été tour à tour invoquées pour expliquer ce processus

morbide. Classiquement, plusieurs caractères sont à noter, qui distinguent l'angine de poitrine goutteuse de l'angine coronarienne : la douleur retro-stenale, jamais précordiale, purement constrictive ne s'accompagne que fort exceptionnellement des irradiations dans le bras gauche. Alors que l'obligation de l'immobilité absolue se rencontre dans le syndrome angineux de toute origine, dans l'angor goutteux, la sensation de mort imminente n'existe pas. Cette absence est capitale au point de vue pronostic. L'accès arrive presque toujours à la suite d'un effort; mais l'angine de décubitus est une rareté chez le goutteux floride. Si telle est l'opinion classique, pour les auteurs modernes (Lian et G. Dreyfus), l'angine de poitrine goutteuse ne présente aucun caractère clinique particulier, elle peut survenir soit pendant la marche, soit pendant le repos, la sensation de mort imminente existe comme on verra dans une observation publiée plus loin.

Lian et Gilbert Dreyfus distinguent :

- 1) Les crises d'angor qui évoluent sans relation avec l'atteinte articulaire;
- 2) Des crises d'angor qui surviennent en même temps que des crises de goutte ou alternent avec ces dernières; mais l'angor se greffe sur un état

cardio-artériel chronique (aortite, hypertension, etc., etc.);

3) Crises d'angor à l'occasion d'une crise de goutte; l'angor disparaît sans laisser de trace et ne réapparaît qu'à l'occasion d'un nouveau paroxysme articulaire. Doumer signale le cas d'un malade, atteint de crises articulaires gouteuses typiques. Au 3^e jour d'un traitement par la colchique, éclatent l'angine de poitrine et de petites crises d'œdème pulmonaire. A ce moment la tension maxima est à 20; il existe un bruit de galop; le ventricule gauche est globuleux à la radio, l'aorte demeurant normale. Tout rentre dans l'ordre grâce au régime (et après quelques jours d'ouabaïne), la tension s'abaisse à 13-8.

Comment interpréter ces faits? Doumer, Mathieu, Lian et Gilbert Dreyfus estiment qu'à côté des angors d'origine cardio-artérielle indubitablement organiques — une place, relativement modeste, est à faire aux crises angineuses fonctionnelles, crises souvent atténuées dans leurs manifestations et relativement favorables dans leur pronostic. Une telle angine fonctionnelle mérite d'être étiquetée gouteuse lorsque, survenant à l'occasion des attaques articulaires, elle ne se répète jamais dans leur intervalle et frappe un sujet dont l'appareil cardio-vasculaire semble anatomiquement intact.

Hypertension artérielle. Au sujet de l'hypertension artérielle on retrouve les mêmes discussions que nous avons déjà signalé pour l'angine de poitrine. Voici ce qu'écrivait Critzman : « En fait, tous les gouteux sont hypertendus; à tel point que je considère l'hypertension comme un des symptômes les plus constants de l'uricémie goutteuse. Pas plus que la crise de goutte classique, l'hypertension ne met les jours du malade en danger. »

Pour les auteurs modernes, l'hypertension artérielle ne semble pas être chez les gouteux aussi fréquente que le pensaient les auteurs classiques.

Certes, au cours de la crise aiguë de goutte, on peut observer une poussée hypertensive venant compliquer les phénomènes vasculaires périphériques chez un gouteux dont la tension était normale la veille de la crise. Mais l'hypertension chronique, isolée ou associée à des lésions de néphrite ne semble guère se trouver chez plus de 60 % de gouteux. Lian et Gilbert Dreyfus ont souligné le fait que très souvent la goutte chronique évolue sans hypertension artérielle « laissant sciemment de côté le problème du Rein gouteux dans ses rapports avec l'élévation tensionnelle ».

En conclusion, nous pourrions dire que les manifestations cardio-vasculaires aiguës, passagères ou paroxystiques qu'on peut observer chez les gout-

teux — qui rentrent dans le cadre de la goutte métastatique ou goutte remontée des anciens auteurs — semblent conditionnés par un brusque déséquilibre sympathique portant sur le cœur et les vaisseaux. Cette conception est en harmonie avec l'interprétation actuelle de la crise articulaire qui serait au premier chef une crise vasculo-sympathique locale d'origine réflexe ou colloïdo-clastique.

OBSERVATION IX. (Angine de poitrine gouteuse,
Amblard, Congrès de la Goutte, Vittel 1935.)

Un malade, banquier, 57 ans, présente chaque année des crises de goutte du pied. Crises d'intensité modérée. Il arrive à Vittel sans crise de goutte actuelle, mais se plaignant de ressentir depuis environ un mois une gêne rétrosternale allant parfois jusqu'à la douleur pendant quelques instants. L'examen objectif ne montre aucune lésion du cœur; la tension artérielle est de 14-7; le pouls, régulier, bat à 70. Nous prescrivons une cure modérée et quelques calmants anodins cardiaques. Environ huit jours après le début du traitement, alors que les phénomènes cardiaques douloureux s'étaient amendés, nous sommes appelés auprès du malade, que nous trouvons étendu sur son lit, en état subsyncopal, d'une pâleur extrême, pouls difficilement perçu à la palpation, régulier cependant, mais lent (à 35). Les bruits cardiaques sont extrêmement affaiblis. La tension est de 9-5. Une douleur rétrosternale irradiée vers la région cervicale et l'épaule gauche empêche tout mouvement. Le malade est atterré. Sous l'influence d'un traitement institué, le pouls devient plus facilement perceptible, les bruits du cœur sont mieux frappés, l'angoisse diminue, la douleur s'atténue. Vers cinq heures de l'après-midi, ré-

apparition des signes de défaillance cardiaque et des douleurs angineuses. Le tableau clinique s'est assombri de nouveau. Nouvelles applications de compresses chaudes précordiales, nouvelles injections de spartéine et de camphre. L'injection intraveineuse d'ouabaine, pratiquée le matin, ne pouvant être renouvelée, prescription de granules de strophantus et de gardénal. Pendant plusieurs jours, les troubles furent d'une intensité telle, que j'avais perdu tout espoir de voir le malade se remettre. Puis, sous l'influence sans doute du traitement, l'état s'améliora. Le malade, qui pendant plusieurs jours n'avait pu guère absorber que de l'eau de Vittel, commença de s'alimenter légèrement et quitta quelques semaines après la station, ne présentant plus aucun symptôme douloureux précordial. La tension était remontée à 14-8, le pouls battait régulièrement à 60, les bruits du cœur étaient normaux quoique un peu assourdis. Nous recommandions très vivement au malade de se rendre, dès son retour, chez son médecin habituel, à qui nous adressâmes une longue observation, dans la quasi-certitude où nous nous trouvions de voir reparaître sous peu les accidents. Grande fut notre stupéfaction d'apprendre, quelques mois après, que le malade s'était abstenu de suivre notre conseil, il n'avait plus de goutte, plus de crises angineuses. Ayant eu l'occasion de le rencontrer plusieurs fois depuis ces accidents qui datent depuis quatre ans, il m'affirma s'être trouvé débarrassé, depuis sa cure de Vittel, et des accidents goutteux et des troubles cardiaques.

B) MANIFESTATIONS NERVEUSES

Dans ce chapitre, il convient également de distinguer (Rimbaud et Anselme-Martin) :

— Les troubles nerveux de nature vraiment goutteuse.

— Les états nerveux accompagnant les manifestations aiguës et chroniques de la goutte.

— Les équivalents nerveux de la goutte.

a) *Les troubles nerveux de nature vraiment goutteuse* sont en réalité très rares. Certains troubles accompagnent la crise de goutte : excitation psychique, agitation, délire. Les accidents de « goutte remontée » tels que l'ictus poplectique survenant au cours d'un accès, les crises convulsives sont dans la grande majorité des cas des accidents survenant chez des vieux goutteux, à cœur et reins déficients, à artères dures et fragiles, à tension élevée.

Parfois cependant, et même pour les auteurs les plus sceptiques, ces accidents peuvent être curables, transitoires et dûs à une poussée œdémateuse cérébrale ayant les mêmes causes que la fluxion articulaire : décharge soudaine et mobilisation de l'acide urique. Ajoutons encore et pour être complets : l'arthrite cérébrale goutteuse, la myélite goutteuse, la méningite goutteuse décrite par Carrière, des névrites, des névralgies, des myalgies, certains troubles psychiques; dans toutes ces manifestations, il est bien difficile de faire la part entre ce qui revient à la goutte elle-même et ce qui n'est qu'une coexistence chez un polyscléreux, souvent Brightique ou hypertendu.

b) *Troubles nerveux accompagnant les manifestations aiguës ou chroniques de la goutte.* L'artériosclérose est fréquente chez les gouteux et « il est vraisemblable que la diathèse gouteuse favorise l'éclosion de la diathèse artérielle » (Lian). La plupart des conditions étiologiques de la goutte sont du reste communs à l'artério-sclérose : alimentation trop abondante, abus d'alimentation carnée, exercice insuffisant, sédentarisme. Les névralgies, sciatiques, intercostales, faciales, sont fréquentes chez les gouteux, de même que des radiculalgies et des funiculites. La cellulite, avec les placards, et les nodules douloureux du tissu cellulaire qui la caractérisent, est assez souvent signalée chez les gouteux. Elle est très probablement à l'origine de certaines névralgies et myalgies gouteuses.

c) *Les équivalents nerveux de la goutte.* Certaines manifestations cliniques peuvent se substituer à la crise de goutte aiguë qui s'efface devant elles; on a le droit alors de les considérer comme de véritables équivalents. C'est ainsi que des crises de coryza spasmodique, d'asthme, de vomissements cycliques et acétonémiques chez les enfants, des poussées d'urticaire et d'eczéma ont pu être étiquetées équivalents gouteux. La même signification a été attribuée à certains spasmes artériels cérébraux et aux crises d'asthénie périodique chez les

enfants nés de souche arthritique. Mais les rapports entre la migraine et la goutte semblent beaucoup plus certains. Il est admis depuis longtemps que la migraine s'apparente étroitement aux diverses autres manifestations neuro-arthritiques et en particulier à la diathèse goutteuse. Mais d'après les récents travaux de P. V. Radot, il ne faut pas voir une relation de cause à effet entre goutte et migraine, mais simplement une coexistence évoluant sur un terrain favorable commun, « terrain d'instabilité colloïdo-plasmatisque ».

En résumé, on peut dire, que pour affirmer la nature goutteuse d'un état nerveux, on ne peut se baser que sur les caractères de poussées fluxionnaires de substitution symptomatique, considérer le terrain sur lequel ils éclatent, terrain neuro-arthritique, tenir compte, enfin, des effets favorables d'une thérapeutique anti-uricémique judicieuse et des méfaits, parfois graves, d'un traitement intempestif entraînant une dangereuse dérivation du processus goutteux.

VI

CONCLUSIONS

1) Si la goutte aiguë, typique, avec son début brutal et sa localisation au gros orteil est de diagnostic facile, cette forme classique semble actuellement en voie de régression au bénéfice des nombreuses formes atypiques dont le diagnostic est beaucoup plus malaisé.

2) Certaines *formes atypiques* siègent toujours au niveau des articulations mais réalisent souvent un aspect trompeur. Ainsi :

- la forme polyarticulaire qui simule la maladie de Bouillaud,
- la forme pseudo-rhumatismale rappelant un rhumatisme infectieux,
- la forme à type d'arthrite suppurée,

- la forme pseudo-phlegmonneuse pouvant imposer pour une affection chirurgicale,
- la forme phlébitique, récidivante, peut résumer à elle seule toute l'attaque de goutte,
- les formes hydarthrodiale ou pseudo-tuberculeuse, simulant une tumeur blanche,
- la goutte tendineuse.

3) Dans toutes ces formes atypiques le diagnostic sera basé surtout sur des éléments d'ordre clinique : alternance avec des crises de goutte typiques, présence de tophi, épreuve du traitement; on sait, en effet, que si l'uricémie reste le meilleur signe humoral de la goutte, il est loin d'être constant.

4) D'autres formes, si elles rappellent de loin la crise typique, ont une symptomatologie à peine marquée. Ces *formes atténuées* sont à l'heure actuelle plus fréquentes que la grande crise classique. Cette dégradation des crises de goutte provient surtout de la meilleure hygiène diététique et de la diminution de la ration carnée au cours des repas.

Signalons que pour certains auteurs cette régression ou disparition même de la goutte articulaire aiguë provient du fait que les enfants d'arthritiques naissent avec une si forte imprégnation de la diathèse goutteuse, qu'ils remplacent, dès leur

jeune âge, les crises de goutte par des crises d'urticaire, d'eczéma, d'asthme. (J. Sédillot.)

5) Enfin, la goutte viscérale aiguë, « goutte remontée » des classiques, semble tout à fait exceptionnelle. Tout au plus peut-on considérer comme telles certaines crises d'angor survenant à l'occasion des attaques articulaires et frappant un sujet dont l'appareil cardio-vasculaire semble anatomiquement intact, et certaines manifestations nerveuses survenant au cours d'un accès de goutte et ayant les mêmes causes que la fluxion articulaire : décharge soudaine et mobilisation d'acide urique. Ces accidents sont dans la grande majorité des cas, curables.

Vu : *Le Doyen*,
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président de Thèse*,
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

VII

BIBLIOGRAPHIE

- Amblard.* — Angine de poitrine goutteuse. (Congrès de la goutte, Vittel 1935.)
- F. Bezançon, M.-P. Weil et L. de Gennes.* — Les formes atypiques de la goutte aiguë. (Presse Médicale, 7 avril 1923.)
- F. Bezançon, M.-P. Weil et L. de Gennes.* — Fièvre et arthropathies d'origine protéinique. (Presse Médicale, 26 avril 1924.)
- Bouloumié.* — Quelques mots sur la goutte vue depuis cinquante ans. (Journal Médical français, juin 1924.)
- Chauffard et Wolff.* — Structure et évolution des tophi goutteux. (Presse Médicale, 5 décembre 1923.)
- D. Critzman.* — La Goutte. 1 vol. Doin, 1931.

- M. Durel.* — La goutte du tendon d'Achille. (Thèse Paris, 1931.)
- Ch. Finck.* — La goutte larvée. (Schweizerische medizinische Woche, 11 juillet 1936.)
- J. Gaté.* — Les formes cliniques de la goutte articulaire. (La Pratique Médicale Française.)
- L. de Gennes.* — Formes cliniques de la goutte aiguë. (Rapport au Congrès de la Goutte, Vittel, septembre 1935.)
- L. de Gennes.* — Formes atypiques de la goutte aiguë. (Monde Médical, 15 mai 1936.)
- Lecorché.* — Traité de la goutte, Paris, 1884.
- Lemée.* — Contribution à l'étude de la pathologie du tendon d'Achille. (Thèse Bordeaux, 1907.)
- C. Lian et Gilbert Dreyfus.* — Les manifestations cardio-vasculaires des goutteux. (Congrès de la Goutte, Vittel, 1935.)
- A. Luff.* — La goutte. (Trad. Françon Maloine Paris, 1908.)
- A. Mousseaux.* — Modifications survenues dans l'évolution clinique de la goutte. (Congrès de la Goutte, Vittel, 1935.)
- Henri Paillard et M. Durel.* — La goutte du tendon d'Achille. (« La Clinique », février 1931.)
- Rimbaud et G. Anselme-Martin.* — Les troubles nerveux chez les goutteux. (Congrès de la goutte, Vittel, 1935.)

- J. Sédillot.* — Pourquoi la goutte aiguë est-elle en voie de disparaître? (*Monde Médical*, 15 févr. 1936.)
- M.-P. Weil.* — Les formes phlébitique, pseudo-infectieuse et pseudo-tuberculeuse de l'arthrite goutteuse. (*La Médecine*, juillet 1923, p. 773.)
- M.-P. Weil.* — Le rhumatisme goutteux. (*Sem. Hôp.*, Paris, 15 mars 1937.)
- M.-P. Weil et Ch. Polack.* — Le rhumatisme goutteux. (*Presse Médicale*, 4 janvier 1936.)
- Weil et Guillaumin.* — Le mécanisme physio-pathologique de la goutte. (*Presse Médicale*, 21 mars 1928.)
- Weissenbach et Françon.* — La goutte et le rhumatisme dans l'histoire de la médecine. (*Revue du rhumatisme*, mars 1936.)
- Wolf.* — Le tophus goutteux. (*Journal Médical Français*, n° 6, juin 1924.)

